

## Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ?

Évolution de 2003 à 2011

Magali Coldefy (Irdes), Véronique Lucas-Gabrielli (Irdes)

En 2003, lors de l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (Sros 3), le territoire de santé devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins, se substituant à la carte sanitaire créée en 1970. Le territoire de santé est conçu comme un élément structurant de l'organisation des soins encadré par des objectifs quantifiés de l'offre de soins et un projet médical de territoire ; il est également envisagé comme un espace de concertation entre acteurs de santé à travers les conférences sanitaires de territoire.

Dans ce nouveau contexte, les régions sont incitées à repenser le territoire et son découpage. D'abord centré sur l'hôpital avec les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), le territoire est ensuite élargi à des activités de santé publique et d'accompagnement médico-social dans le cadre de la loi Hôpital, santé et territoires (HPST) de 2009, avec les Agences régionales de santé (ARS). Comment les régions ont-elles fait évoluer ce maillage ? Un panorama de la territorialisation en santé de 2003 à 2011.

**L**a loi récente portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST (2009), inscrit le « territoire » au cœur de son dispositif. La territorialisation de la santé n'est pourtant pas nouvelle : elle est le fruit d'un long processus (encadré page 2) dont le point de départ est la création de la carte sanitaire en 1970, qui a pour objectif de réguler l'offre hospitalière en fixant les indices « de besoin » (en fait, des ratios d'équipements) par région et secteur sanitaire. Ce premier outil de planification est complété vingt ans plus tard par la loi du 31 juillet 1991 qui fait émerger la région, devenue le référent territorial

en matière d'organisation de la santé, et qui marque un tournant dans la planification sanitaire en créant un nouvel outil de planification, alors essentiellement hospitalier, le Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros). Celui-ci a pour mission de fixer des objectifs, surtout qualitatifs, pour améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire – la carte sanitaire déterminant davantage les aspects quantitatifs.

La territorialisation croissante de l'action publique en matière sanitaire, c'est-à-dire sa construction à partir des réalités spatiales, s'est donc imposée de plus en plus à

la faveur de multiples facteurs – production d'information médicalisée géocodée avec l'introduction du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)<sup>1</sup> en 1984, constats de disparités de santé réalisés par les Observatoires régionaux de santé (ORS), implication des géographes

<sup>1</sup> Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui existe depuis 1997, permet d'obtenir des données relatives à l'ensemble des hospitalisations, dans le secteur public ou privé. Ce dispositif, qui fait partie de la réforme du système de santé français visant la réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé, permet de disposer d'informations quantifiées et standardisées sur l'activité des établissements.

dans l'analyse etc. – qui ont marqué au fil du temps un changement de paradigme : il s'agit de passer d'une logique de soins à une logique de santé publique, avec une approche populationnelle, et d'appréhender la santé non plus seulement à partir du soin ou de la mesure des maladies mais de façon plus globale, en intégrant l'environnement dans son entier (Amat-Roze, 2011). Rappelons par ailleurs que cette approche globale et territoriale de la santé était déjà à l'œuvre dans le champ de la psychiatrie avec la mise en place de la sectorisation psychiatrique dans les années 1960.

En 2003, un changement important se produit avec l'élaboration des Sros de troisième génération (Sros 3) et la suppression de la carte sanitaire. Le territoire de santé fait son apparition et devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins, se substituant à la carte sanitaire jugée trop rigide et technocratique. Le territoire de santé devient un lieu d'organisation des soins encadré par les objectifs quantifiés de l'offre de soins, définis en termes d'implantation des équipements et établissements et de volumes d'activité, et déclinés par établissement dans le

cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Le territoire de santé est également pensé comme un espace de concertation entre acteurs de santé à travers les conférences sanitaires de territoire. Il doit permettre la mise en œuvre des projets médicaux de territoires<sup>2</sup> orga-

<sup>2</sup> Le territoire de santé est doté d'un projet médical de territoire, document d'orientation évolutif, non opposable juridiquement, élaboré par les conférences sanitaires et répondant à trois objectifs : contribuer à l'élaboration du Sros, participer à sa mise en œuvre et à son évaluation, faciliter les contractualisations et les coopérations ([www.ars.centre.sante.fr](http://www.ars.centre.sante.fr)).

### Rappel historique de la planification sanitaire française

#### Les débuts de la planification de la santé

Les prémices de la planification sanitaire en France peuvent être repérées dans la loi du 21 décembre 1941 qui met fin à l'hôpital-hospice et consacre l'hôpital comme un établissement sanitaire et social. Elle appelle un recensement des équipements publics et privés existants. Quinze ans plus tard, son poids économique grandissant, la santé s'inscrit dans les objectifs du II<sup>e</sup> Plan (1954-1957) avec la constitution d'une Commission de l'équipement sanitaire et social dont le mandat était d'établir un inventaire des moyens, de déterminer des priorités et d'établir une programmation. Les ordonnances de décembre 1958 instaurant une classification hiérarchisée des hôpitaux publics affirment les principes de l'*aménagement sanitaire*.

Le principe de la sectorisation a été posé dès 1960 pour la psychiatrie. En pratique, il n'a commencé à se généraliser qu'à partir des années 1970. Il faut attendre la loi hospitalière du 31 décembre 1970 créant le service public hospitalier et instaurant la carte sanitaire pour parler de *planification sanitaire* dans son acception actuelle (Nogues, Azema, 1996). La planification renvoie à une action de prévision, d'ordonnement, d'allocation rationnelle des ressources ou de moyens (Jourdain, de Turenne, 1997) encore peu présente dans les textes précédents.

L'objectif de la carte sanitaire instaurée par la loi hospitalière de 1970 est de réguler et de redistribuer un parc hospitalier qui s'est développé anarchiquement depuis les années 1960. La loi crée les conditions d'une planification volontariste de l'espace (Vigneron, Brau, 1996) en subordonnant la création – ou l'extension – d'établissements en lits ou équipements lourds aux besoins définis par la carte sanitaire. La carte sanitaire fixe ainsi des indices « de besoins », ratios d'équipement définis au niveau national, par secteur et région sanitaires, menant à la constitution de 21 régions sanitaires et 256 secteurs en 1974. Les données et outils nécessaires à l'élaboration de ces zonages sont alors quasiment nuls et les secteurs hospitaliers sont dans un premier temps souvent dessinés autour des aires d'attraction urbaine. Le découpage est ensuite affiné à partir d'enquêtes sur les aires de recrutement des établissements, aboutissant à 223 secteurs sanitaires en 1984.

Ce premier outil de planification sanitaire s'avère très

quantitatif et rigide. Il vise davantage les principes d'égalité que d'équité. Basée sur l'offre hospitalière existante, la carte sanitaire ne permet pas une réelle restructuration de l'offre de soins hospitalière, ni une réduction du trop-plein (Basset, Lopez, 1997).

#### La régionalisation de la planification sanitaire

Vingt ans plus tard, avec la loi du 31 juillet 1991, l'émergence de l'échelle régionale dans la gestion et l'organisation du système de santé marque un tournant dans la planification sanitaire française. Les ordonnances d'avril 1996 mettent en place les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui prennent la responsabilité de la planification hospitalière, à la fois publique et privée.

Le secteur sanitaire est toujours considéré comme un élément fort de l'organisation sanitaire mais un deuxième outil de planification vient la compléter pour corriger les défauts de la première carte sanitaire : c'est la création des Sros. Ces schémas sont définis régionalement à partir d'une « mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante ». La carte sanitaire et le schéma doivent être révisés au moins tous les cinq ans afin de prendre en compte l'évolution démographique et les progrès médicaux. Cet outil s'avère donc nettement moins rigide que le premier, la loi hospitalière de 1991 ne fixe plus d'objectifs uniformes définis nationalement applicables aux différentes régions : elle tient compte du contexte spécifique de chacune d'entre elles.

Trois générations de schémas se succèdent : les Sros 1 de 1994 à 1999, les Sros 2 de 1999 à 2004 et les Sros 3 qui ont été arrêtés en 2006 pour la période 2006-2011. Lors de la première génération de schémas, l'analyse de l'existant conduit à revoir les découpages des secteurs sanitaires dans la majorité des régions, d'autant plus que les textes d'application fixent un seuil minimum de 200 000 habitants par secteur sanitaire, sauf pour les départements français comptant moins de 200 000 habitants qui constituaient alors un secteur. La délimitation des secteurs résulte souvent d'un compromis entre géographie humaine et contraintes administratives et politiques (Lucas, Tonnellier, 1996). Cette période est l'occasion pour certaines régions d'associer des géographes de la

santé à leur réflexion. Certaines régions utilisent les concepts des villes et bourgs attractifs définis par l'Insee ou les zones d'emploi ; d'autres, les zones d'attraction hospitalière mesurées à partir d'enquêtes, les données de type Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) n'étant pas encore disponibles. La France compte ainsi 152 secteurs en 1994.

Peu de régions ont revu leur découpage dans le cadre du Sros de deuxième génération. Certaines méthodologies ont parfois été affinées du fait des données et outils devenus disponibles, mais on observe peu de réelles remises en question des zonages. Il s'agit plutôt de conforter l'organisation mise en place dans les premiers Sros. En revanche, des découpages infra-sectoriels complémentaires au secteur sanitaire sont créés dans certaines régions lorsque la taille du secteur pose problème pour l'observation de certaines activités (bassins de chirurgie ou bassins de naissance) ou bien encore pour créer des espaces de coopération entre établissements (pôles de coopération).

La troisième génération de schémas apporte, quant à elle, de profondes modifications dans la planification sanitaire régionale. Elle est à replacer dans le contexte qui suit l'ordonnance de simplification sanitaire du 4 septembre 2003 visant à passer d'une logique de planification hospitalière à une approche plus globale basée sur l'évaluation des besoins de santé. L'ordonnance supprime la carte sanitaire et fait du Sros l'unique outil de planification, prévoyant les évolutions de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs, répondant aux besoins de santé physique et mentale, et fixant par une annexe des objectifs quantifiés d'offre de soins par territoire de santé.

En 2009, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) met en place les Agences régionales de santé (ARS) dont le rôle est de territorialiser l'action publique dans le domaine sanitaire. Pour mettre en œuvre la nouvelle organisation des soins, elles sont chargées de définir de nouveaux territoires de santé (à vocation plus large que les anciens territoires suivis par les ARH, très hospitalo-centrés) : il s'agit de territoires « pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours » (Art. L. 1434-16 du code de la santé publique). ◆

nisant les prises en charge des patients (de la proximité aux soins de référence) et, *in fine*, le rôle de chaque acteur de santé. Ce changement sémantique correspond à une évolution importante de la conception de l'espace dans la planification sanitaire : de simple contenant, le territoire devient un élément visant à structurer l'organisation sanitaire.

Dans ce nouveau contexte, les régions françaises ont donc été incitées – à travers les ARH notamment – à définir le territoire des soins et son découpage. Désormais territorialisés, les projets médicaux doivent faire l'objet d'une concertation entre les acteurs du champ de la santé au sens large – établissements de santé et médecine de ville – en impliquant le secteur médico-social, les élus et les usagers. Mais il faut attendre la loi HPST de 2009 pour que les outils réglementaires d'une telle complémentarité soient effectifs. Les nouvelles Agences régionales de santé (ARS) remplacent les ARH et voient ainsi leur champ d'intervention élargi : outre l'hôpital, sont désormais inclus les soins de ville et les activités médico-sociales. Avec la loi HPST, le territoire de santé devient le territoire légal de référence. À leur tour, les ARS sont alors chargées de définir de nouveaux territoires de santé.

La montée en puissance du territoire dans l'organisation des soins depuis 2003 pose plusieurs questions : de quels territoires s'agit-il ? Comment les régions ont-elles dessiné et fait vivre ces nouvelles aires de planification ? Avec quels concepts et quelles méthodes ? Quels sont les découpages géographiques réalisés et comment la loi HPST est-elle venue les modifier ? Nous dressons un panorama de l'évolution du maillage territorial en matière de planification sanitaire de 2003 à 2011, en partant du travail réalisé par les régions. Les « boîtes à outils » utilisées pour concevoir ces territoires sont très variables d'une région à l'autre. Il s'agit donc ici d'analyser la traduction régionale des consignes nationales, dans le cadre d'abord des Sros 3, puis des Sros-PRS (Projet régional de santé), avec la mise en place des ARS (encadré Sources et méthode). Si le territoire de santé reste un outil de planification avec la loi HPST, les missions qui lui sont associées et les leviers d'action des ARS ont été transformés, conduisant à un

redécoupage des territoires que nous étudions ici.

### Avec la mise en place du Sros 3 en 2003, la question territoriale est traitée de manière différenciée selon les régions

#### Le territoire de santé défini comme espace d'organisation des soins

Le territoire de santé a été défini comme espace d'organisation des soins par l'ordonnance du 4 septembre 2003 et les circulaires relatives à la mise en place du Sros 3, notamment la circulaire du 5 mars 2004. Le ministre de la Santé demande aux régions « d'emprunter une voie innovante dans la définition des territoires », tenant compte des réalités locales et s'affranchissant des traditionnelles limites administratives. La circulaire invite également les régions à prendre en compte les géographies physique et humaine des territoires et les comportements de la popula-

tion face à l'offre de soins. Dans cette perspective, il s'agit de mieux comprendre et intégrer les logiques spatiales des comportements de la population, qui ont souvent peu à voir avec les référentiels territoriaux administratifs venant d'en haut – régions, départements, cantons, communes... L'Insee avait dans ce sens créé en 1983 la « zone d'emploi » - espace géographique à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent – qui s'appuie sur les flux de déplacements entre le lieu de domicile et le travail, puis, vingt ans plus tard, le « bassin de vie », qui constitue le plus petit territoire au sein duquel ses habitants ont un accès aux principaux services et à l'emploi.

La circulaire précise également que les régions peuvent dessiner des territoires différents selon les activités : médecine, chirurgie, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation. Mais dans le même temps, la recherche d'une cohérence territoriale entre les différents secteurs d'activité est fortement souhaitée, notamment pour les activités liées au plateau technique,

## SOURCES ET MÉTHODE

### Données

Les résultats présentés sont issus de la lecture des différents Sros 3 et Sros-PRS (Projet régional de santé) et des documents préparatoires aux Sros pour certains. Les documents régionaux varient beaucoup en termes de contenu et de présentation. Ils correspondent à ce que les régions, à travers ces documents, ont voulu mettre en avant dans la conception des territoires.

Dans les Sros 3, certains schémas sont très argumentés au sujet de la réflexion territoriale, d'autres moins, et les méthodes employées sont plus ou moins détaillées. Notre travail synthétise les aspects mis en avant dans les schémas, à savoir ce que les régions ont voulu « donner à lire » de leur réflexion territoriale. Des entretiens avec les acteurs seraient nécessaires pour avoir une vision plus précise du traitement de la question territoriale dans les Sros. Il se peut également que certains éléments n'aient pas été décrits dans les Sros de certaines régions alors qu'ils ont participé à la réflexion et aux choix de découpages, notamment certaines contraintes politiques.

### Méthode

1. En l'absence d'un modèle standard de schéma, nous avons élaboré une grille d'analyse pour en extraire les informations essentielles. La grille reprend les consignes données dans l'ordonnance et les circulaires relatives à la mise en place des Sros 3. Pour chaque région, nous avons relevé les informations sur :

- les caractéristiques des territoires de santé : nombre et taille, population et superficie ;
- la méthode utilisée pour les construire ;
- les caractéristiques du nouveau découpage par rapport à celui du Sros de deuxième génération : reprise partielle ou totale du découpage, motifs de l'absence de redécoupage, respect des limites administratives ;
- la graduation de l'organisation des soins (nombre de niveaux et contenu) ;
- le découpage territorial sur le champ psychiatrie et santé mentale : existence d'une réflexion sur la recherche de cohérence territoriale avec le champ médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ;
- les champs ou thématiques du Sros : nombre de volets thématiques inscrits, nombre de thématiques supplémentaires aux volets obligatoires ;
- les autres instruments de planification : les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) et leur déclinaison en termes de temps d'accès ou de couverture horaire, leur méthode de calcul, l'évaluation des Sros ;
- les éléments de lecture critique : stratégie argumentée, expliquée, existence d'une véritable réflexion territoriale, prise en compte de la médecine de ville.

2. L'analyse des Sros-PRS a quant à elle été réalisée à partir des arrêtés régionaux définissant les découpages des Sros-PRS.

mais aussi pour la psychiatrie. De plus et en toute logique, l'organisation des soins doit être graduée et permettre d'identifier les différents niveaux de prise en charge. Cinq niveaux de soins sont proposés (encadré Définitions) : niveau de proximité, intermédiaire, de recours, régional et interrégional – parmi lesquels le niveau de proximité est imposé. À ces différents niveaux de soins correspondent des territoires gradués, depuis les territoires de proximité jusqu'aux grandes inter-régions. La délimitation précise de ces différentes échelles territoriales n'était pas inscrite dans les textes d'élaboration des Sros mais certaines régions ont choisi d'associer à chaque niveau de soins un territoire précis. La souplesse et la liberté laissées aux régions a pour effet de mettre derrière la notion de « territoire » des réalités, des contenus et des fonctions très variables. Certaines régions n'utiliseront pas les mêmes territoires pour la médecine ou la chirurgie, d'autres utiliseront différents niveaux de soins pour fixer leur objectifs quantifiés d'offre de soins (Oqos). Seul le territoire de santé en tant qu'espace d'organisation des soins devait faire l'objet d'une définition géographique précise sur lequel sont fixés les Oqos et négociés les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) afin de répondre à un projet médical de territoire. Ce territoire de santé correspond généralement au niveau de recours (encadré Définitions).

### Si certaines régions ont fait le choix de conserver le zonage précédent...

Malgré la consigne d'emprunter une « voie innovante » pour ces découpages, qui laissait supposer que, dans bien des cas, le découpage précédent était inadapté aux besoins, un tiers des régions a préféré stabiliser le découpage du Sros 2 en maintenant le zonage précédent, en effectuant des regroupements de secteurs ou des modifications à la marge. En effet, certaines régions avaient déjà travaillé sur cette problématique territoriale dans le cadre des précédents Sros, notamment dans le cadre d'importantes restructurations hospitalières.

Après 2003, trois régions ont maintenu à l'identique leurs précédents découpages en secteurs sanitaires : les régions Centre, Limousin et Bretagne. Dans le cadre des

Sros 2, la Bretagne avait déjà mené une réflexion importante sur les découpages des secteurs sanitaires, qui se fondait sur le résultat d'une analyse croisée de l'activité hospitalière et des réalités économiques et sociales prises en compte à travers les zones d'emploi définies par l'Insee. Un travail de rapprochement des secteurs sanitaires avec les « Pays<sup>3</sup> », territoires de projet caractérisés par une cohésion géographique, économique, culturelle ou sociale, réalisé en 2004, concluait au maintien des secteurs sanitaires, avec une démarche de concertation plus importante entre les acteurs. Pour le Centre et le Limousin – régions rurales –, les limites départementales correspondant aux précédents secteurs sanitaires ont été maintenues en tant que territoires de santé. Dans ces deux régions, le département a fortement structuré l'offre de soins et l'analyse des comportements spatiaux des populations, en matière de recours au système de soins, vient conforter cette assise départementale.

Enfin, certaines régions, comme la Picardie et la Lorraine, ont simplement cherché à regrouper les secteurs précédents, tandis que l'Île-de-France et le Midi-Pyrénées ont maintenu partiellement leurs précédents découpages en secteurs sanitaires (Coldefy, Lucas-Gabrielli, 2010).

### ... la majorité des ARH a « inventé » de nouveaux territoires de santé pour les Sros 3

Les deux autres tiers des régions ont toutefois cherché à inventer complètement les territoires de santé des Sros 3 en utilisant des méthodes basées sur l'étude des déplacements de la population vers des structures de soins ou vers d'autres types de services. Selon les régions, les territoires de santé des Sros 3 ont été construits soit à partir des flux de fréquentation hospitalière articulés ou non avec les bassins de vie, soit en tenant compte des flux hospitaliers et ambulatoires, soit en se fondant exclusivement sur les bassins de vie.

Par exemple, six régions ont utilisé dans leur construction territoriale des méthodes basées sur les flux réels hospitaliers : Basse-Normandie, Pays de la Loire, Champagne-Ardenne, Bourgogne, Franche-Comté et Rhône-Alpes. La base de ces méthodes est

l'analyse des flux majoritaires de recours aux établissements de santé déterminés à partir des données du PMSI qui fournit, pour chaque séjour hospitalier, le code géographique du domicile du patient (proche du code postal). Par ailleurs, certaines régions ont défini un territoire de santé unique pour l'ensemble des activités de soins afin de garantir une cohérence territoriale, tandis que d'autres ont privilégié une cohérence médicale et tenu compte de l'hétérogénéité du recours aux soins en segmentant les flux selon les disciplines, les pathologies ou les niveaux de soins (Rhône-Alpes, Pays de la Loire, Basse-Normandie) [Coldefy, Lucas-Gabrielli, 2010]. L'articulation entre ces deux objectifs de cohérences territoriale et médicale constitue une des ambitions du territoire de santé.

Cinq régions (Haute-Normandie, Auvergne, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse) ont utilisé des méthodes articulant les flux hospitaliers observés avec les bassins de vie ou zones d'emploi. Leur réflexion s'est basée sur les habitudes de déplacement de la population concernant les services publics ou privés les plus courants.

<sup>3</sup> Les Pays ont été créés par la loi du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire, dite loi Voynet, qui a pour objectif une démocratie plus participative. Le pays est une catégorie administrative française d'aménagement à caractère géographique désignant un territoire présentant une « cohésion géographique, économique, culturelle ou sociale, à l'échelle d'un bassin de vie ou d'emploi » afin d'exprimer « la communauté d'intérêts économiques, culturels et sociaux de ses membres » et de permettre l'étude et la réalisation de projets de développement.

## DÉFINITIONS

### Définitions des niveaux de soins

**Niveau de proximité.** Niveau des soins de premiers recours, celui de la permanence des soins, impliquant le généraliste, l'infirmier et le pharmacien.

**Niveau intermédiaire.** Structuré autour de la médecine polyvalente, premier niveau d'hospitalisation et de plateau technique.

**Niveau de recours.** Dispense des soins spécialisés, correspond au niveau de desserte de l'hôpital, pivot du territoire de recours.

**Niveau régional.** Comprend des prestations spécialisées qui ne sont pas assurées par les autres niveaux.

**Niveau interrégional.** Réservé à certaines activités telles que la prise en charge des grands brûlés, la neurochirurgie.



## REPÈRES

Ce projet s'inscrit dans le cadre des travaux de recherche menés à l'Irdes sur la notion de territoire en santé. L'analyse des territoires de santé des Schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros 3) a fait l'objet d'une publication en 2010 (Coldefy, Lucas-Gabrielli, 2010). Cette étude poursuit cette réflexion avec la mise en place des Sros-PRS (Projet régional de santé) consécutive à la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) et le découpage par les régions de nouveaux territoires de santé.

Seules trois régions (Alsace, Poitou-Charentes et Aquitaine), enfin, ont cherché à prendre en compte la médecine ambulatoire dans le découpage des territoires. Elles ont ainsi mesuré les flux, à la fois vers les établissements de santé à partir du PMSI-MCO, mais aussi les flux vers la médecine de ville à travers les données de l'Assurance maladie. Si ces démarches cherchent à prendre en compte l'offre de soins dans sa globalité, la notion de parcours de soins à l'intérieur du système de santé est peu développée et les études menées se limitent le plus souvent à des emboîtements entre les différents recours et non à une approche articulée, intégrée, des soins ambulatoires et hospitaliers.

### De très grandes différences en matière de taille et de spécialisation des territoires de santé dans les Sros 3

Ces approches variées se sont traduites par des territoires très différents, notamment en matière de taille et de spécialisation des territoires de santé. Le nombre de territoires par région varie de 2 à 22. En 2007, la taille moyenne des territoires est de 374 000 habitants contre 418 000 dans les schémas précédents. De très grandes différences de taille populationnelle sont observées, avec un rapport de l'ordre de 1 à 14 entre les dix plus petits territoires et les dix plus grands. Des variations similaires sont observées en termes de superficie et donc de distance et de temps d'accès. La surface des territoires varie ainsi de 25 km<sup>2</sup> (en Île-de-France) à plus de 11 000 km<sup>2</sup> en Lorraine. Les petits territoires sont souvent très densément peuplés, les logiques de découpage obéissant à un compromis entre densité et superficie.

Les très grandes différences de taille populationnelle interrogent la conception du projet médical de territoire. Dans le cas des territoires de petite taille, le risque qu'ils ne prennent pas en compte les recours de la population à un plateau technique de référence qui se situerait en dehors du territoire n'est pas négligeable, tout comme la difficulté d'organiser l'offre. Selon la Fédération hospitalière de France, par exemple, un seuil minimal de 150 000 habitants est aujourd'hui nécessaire pour permettre à un hôpital et une clinique de fonctionner sur le même territoire, à la fois pour des raisons techniques et médico-économiques. Se pose donc la question de la « viabilité » de ces petits territoires quand il s'agit de préserver une zone fragile, de maintenir une économie locale et de pouvoir garder un établissement de santé. Par ailleurs, l'évolution démographique des professions médicales, les exigences de qualité et de sécurité des soins, poussent davantage à créer des territoires plus vastes avec le risque de couvrir une population très hétérogène, et donc de compliquer l'adaptation de l'offre. Car si avec les territoires de très grande taille, les marges de manœuvre sont plus grandes pour le planificateur, le risque est d'agglomérer dans un ensemble très vaste des établissements et services dont les populations desservies sont très différentes. Le principe de graduation des soins, avec la possibilité de déterminer des niveaux de soins de proximité et des niveaux intermédiaires en deçà du territoire de santé utilisé pour la planification et d'articuler ces territoires et ces niveaux de soins entre eux, peut être une réponse à cette forte hétérogénéité des territoires.

### Malgré le développement de la concertation, la planification territoriale des Sros 3 pour les ARH reste finalement essentiellement centrée sur l'hôpital

La lecture des différents Sros 3 montre que les régions se sont relativement bien emparées de certaines idées telles que la flexibilité permise pour ces nouveaux territoires entre types d'activité et niveaux de soins (Coldefy, Lucas-Gabrielli, 2010). Les différentes natures de territoire sont mobilisées par les régions qui différencient les territoires d'organisation, de concertation, d'étude et de projet. Beaucoup de régions

ont insisté sur l'importance de la consultation au sein de leur réflexion. L'association des usagers, des élus et des professionnels dans la détermination des limites de territoires participe à l'ambition des territoires de concertation. Malgré cela, certains aspects semblent moins bien traduits dans les réalisations régionales. C'est le cas de la médecine de ville qui a été plus rarement intégrée dans les réflexions territoriales des régions, tout comme le secteur social et médico-social. Les cloisonnements sont encore importants et la planification reste plus hospitalière que sanitaire. La recherche de cohérence territoriale se fait plutôt par une imposition des limites du territoire du plateau technique et du MCO, et c'est aux autres disciplines et champs d'activité, comme la psychiatrie, de s'en accommoder.

### La loi HPST de 2009 et la mise en place des Agences régionales de santé (ARS) annoncent une reconfiguration des territoires de santé

La loi HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, crée les Agences régionales de santé (ARS) dont le rôle est de territorialiser l'action publique en matière sanitaire. Ces agences sont chargées de définir et mettre en œuvre la politique de santé à l'échelle régionale, leur stratégie étant définie dans un projet régional de santé (PRS). Dans ce nouveau cadre, le Sros comporte deux évolutions majeures : il devient l'outil opérationnel de mise en œuvre du PRS et voit son champ d'application étendu à l'offre de soins ambulatoire. Par ailleurs, le Sros-PRS doit dorénavant être élaboré en cohérence, voire, dans le cadre d'une approche intégrée, avec les deux autres schémas régionaux relatifs à la prévention (SRP) et à l'organisation médico-sociale (Sroms). La loi HPST dispose que « l'Agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins, d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premiers recours » (art. L. 1434-16 du CSP).

Avec cette nouvelle loi, les territoires acquièrent une nouvelle dimension puisqu'ils associent l'ensemble de leurs activités, tant hospitalières qu'ambulatoires, médico-sociales et de prévention, favorisant ainsi leur découpage. Pour définir ces nouveaux territoires, plusieurs critères doivent être retenus parmi lesquels l'intégration de l'offre de services afin de concourir à la santé globale, la prise en compte pour les territoires des pratiques spatiales de la population (habitudes, comportements, recours observés), l'importance de l'accessibilité des services (temps, distance d'accès) ou encore la cohérence avec les autres politiques publiques (politique de la ville, cohésion sociale, éducation...).

### La plupart des ARS ont choisi de redéfinir le découpage des territoires de santé issus du Sros 3

Dans ce nouveau cadre et avec un délai de réalisation très court, les ARS ont choisi

pour la plupart de faire évoluer le découpage des territoires de santé issus des Sros 3, et ce malgré la profonde réflexion territoriale engagée auparavant par certaines régions. Seule une région métropolitaine et deux départements d'outre-mer (Dom) ont conservé le découpage antérieur en départements<sup>4</sup>, beaucoup d'autres ayant choisi de réduire le nombre de leurs territoires de santé. Par exemple, l'Île-de-France est passée de 22 à 8 territoires de santé et la région Languedoc-Roussillon de 8 à 5. Au final, le nombre global de territoires a diminué d'environ un tiers en passant de 159 pour les Sros 3 à 107 pour les Sros-PRS (France métropolitaine et Dom). La population moyenne des territoires passe ainsi de 374 000 habitants pour les Sros 3 à 605 000 pour les Sros-PRS, ce redécoupage permettant de réduire l'écart entre le territoire le moins peuplé et le territoire le plus peuplé. Toutefois, la moyenne de 605 000 habitants ne reflète pas les tailles extrêmes, puisque les territoires varient de

77 000 à plus de 2 millions d'habitants, 50 % comptant moins de 450 000 habitants. La plus grande taille des territoires s'explique du fait qu'elle offre des marges de manœuvre plus importantes pour le planificateur.

### Pour la moitié des régions, un découpage départemental des territoires de santé

Cette reconfiguration s'est opérée par un choix plus fréquent des régions pour un découpage départemental des territoires de santé (Carte et tableau) puisque douze régions sur vingt-six ont choisi ce niveau administratif comme niveau de gestion

<sup>4</sup> Chaque département d'outre-mer correspondait à un secteur sanitaire dans les Sros 2, excepté la Réunion, département d'Outre-Mer le plus peuplé qui était divisé en deux secteurs depuis 1991. Pour les Sros 3 et le Sros-PRS, la Guyane et la Martinique ont maintenu leur découpage en départements tandis que la Guadeloupe a opté pour un découpage infra-départemental.

## T Évolution du découpage des territoires de santé dans les régions françaises entre le Sros 3 et le Sros-PRS

	Division territoriale utilisée dans les territoires de santé	
	des Sros 3	des Sros-PRS (Projet régional de santé)
<b>Maintien des découpages</b>		
Nord-Pas-de-Calais	Zones d'emploi	Zones d'emploi
La Réunion	Bassins de vie ou zones d'emploi	Bassins de vie ou zones d'emploi
Bretagne	Articulation Pays et flux hospitaliers	Articulation Pays et flux hospitaliers
Alsace	Flux hospitaliers et ambulatoires	Flux hospitaliers et ambulatoires
Lorraine	Départements	Départements
Centre	Départements	Départements
Martinique	Départements	Départements
Guyane	Départements	Départements
<b>Modification des découpages</b>		
Picardie	Regroupement de cantons	Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)
Haute-Normandie	Articulation flux hospitaliers et bassins de vie	Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)
Guadeloupe	Départements	Découpage infra-départemental
Poitou-Charentes	Bassins de vie	Intercommunalités et départements
Aquitaine	Flux ambulatoires et hospitaliers (approche sanitaire)	Arrondissements et départements
Rhône-Alpes	Flux hospitaliers	Départements et regroupements de territoires du Sros 3
Île-de-France	Flux hospitaliers	Départements
Basse-Normandie	Flux hospitaliers	Départements
Bourgogne	Flux hospitaliers	Départements
Pays de la Loire	Flux hospitaliers	Départements
Midi-Pyrénées	Flux hospitaliers et pratiques populationnelles	Départements
Auvergne	Bassins de vie	Départements
Languedoc-Roussillon	Articulation flux hospitaliers et bassins de vie	Départements
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Articulation flux hospitaliers et bassins de vie	Départements
Champagne-Ardenne	Flux hospitaliers	Regroupement de départements
Franche-Comté	Flux hospitaliers	Regroupement de départements
Limousin	Départements	Regroupement de départements
Corse	Articulation flux hospitaliers et bassins de vie	Regroupement de départements

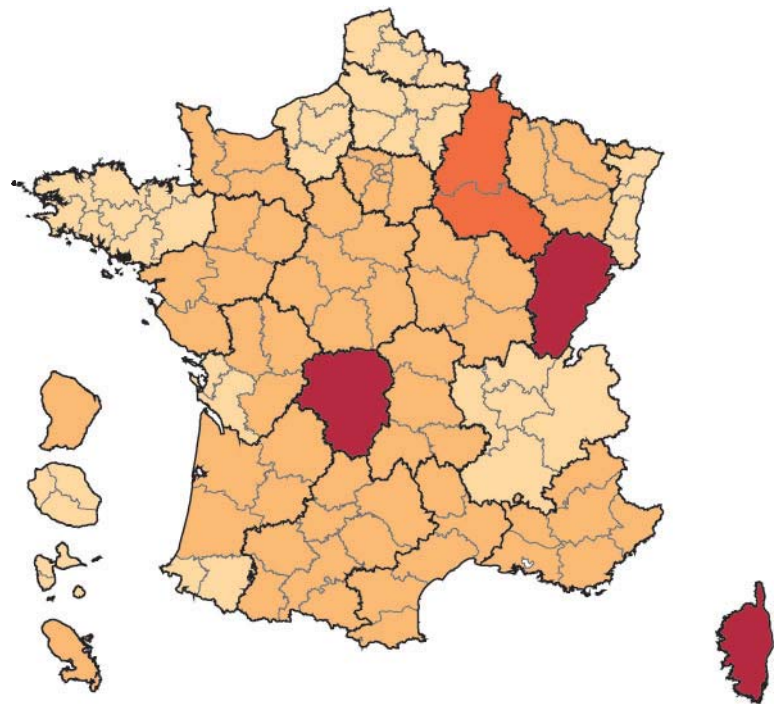
de l'offre de soins et quatre ont choisi le regroupement de départements ou la région (Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Limousin, Corse).

La transversalité sanitaire/médicosociale est souvent utilisée par les régions pour justifier le choix du département. Par exemple, l'ARS Île-de-France argumente que « la correspondance des territoires de santé avec les départements permet ainsi d'inscrire l'action de l'ARS en cohérence avec celle des collectivités et de la plupart des acteurs intervenant dans ses champs de compétence »<sup>5</sup>. Pour ces régions, il est ainsi plus facile d'établir le Schéma régional d'organisation médico-sociale (Sroms) au regard des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région. Ces derniers sont en effet impliqués à plusieurs titres : dans l'action médico-sociale avec des compétences légales sur le champ de la PMI, de la gérontologie et du handicap, et de la santé publique (vaccinations, lutte contre la tuberculose, éducation sanitaire et promotion de la santé), mais aussi en matière de lutte contre les exclusions (RSA...). À l'argument avancé de la transversalité, on peut faire l'hypothèse que les relations d'acteurs et enjeux de pouvoir entre les conseils généraux et les ARS participent à ce choix du département comme territoire de planification en santé.

Seules huit régions métropolitaines ont choisi des territoires de santé ne recoupant pas les limites départementales ou leur agrégation. Deux régions l'ont fait partiellement : ainsi, en Poitou-Charentes et en Aquitaine, la plupart des départements correspondent à un territoire de santé, sauf un. La Charente-Maritime (Poitou-Charentes) et les Pyrénées-Atlantiques (Aquitaine) sont chacun divisés en deux territoires de santé. Ces territoires correspondent à des regroupements d'intercommunalités pour la Charente-Maritime et des regroupements d'arrondissements pour les Pyrénées-Atlantiques. Ce choix répond à la volonté de recherche d'une cohérence globale de l'intervention publique, en prenant en compte « les ter-

C

### Les territoires de santé des Sros-PRS en 2011



#### Limites

- Régions administratives
- Territoires de santé en 2011

#### Échelle géographique du découpage en territoires de santé

- Découpage régional
- Regroupement de départements
- Découpage départemental
- Découpage infradépartemental ou infrarégional

Source : Irdes.

ritoires développés par les autres acteurs publics dans l'exercice de leurs compétences et, en particulier, ceux promus par les collectivités territoriales » (Arrêté du 26 octobre 2010 portant définition des territoires de santé en Poitou-Charentes). L'ARS justifie le choix de découpage des territoires en Charente-Maritime par sa démographie plus importante, « ses particularismes géographiques, sociaux et culturels » et surtout par la structuration historique de l'offre de services de santé par les territoires de santé de ce département (*Ibid*). En Aquitaine, le choix de découper le département en deux territoires de santé distincts correspond à des identités géographiques et culturelles fortes entre le Béarn et le Pays basque. Mais ces découpages ne reprennent pas non plus les découpages antérieurs des Sros 3.

#### Pour quelques régions, le choix de la continuité

Enfin, certaines régions sont reparties des territoires de santé définis dans les Sros 3 en les modifiant à la marge. C'est ainsi le cas en Bretagne où les huit territoires de santé précédents ont été reconduits, tout en les ajustant pour prendre en compte les recompositions hospitalières survenues depuis. « Ce choix traduit la volonté de conforter les actions de proximité et la reconnaissance des spécificités de ces territoires tout en favorisant l'articulation des acteurs du système de santé. » (ARS Bretagne).

L'Alsace a également fait le choix de la continuité, les territoires définis précédemment ayant « fait la preuve de leur caractère structurant en matière d'offre de

<sup>5</sup> [http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1\\_Votre\\_ARS/4\\_Contexte\\_Regional/Territoire\\_Sante/CP\\_territoires\\_17.11.10.pdf](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/4_Contexte_Regional/Territoire_Sante/CP_territoires_17.11.10.pdf)



soins hospitaliers et de santé publique ». Comme en Bretagne, ces territoires ont été redéfinis au niveau des « frontières » afin de prendre en compte l'évolution des flux de patients, des consommations de soins et des données démographiques, tout en rapprochant les territoires de santé des zones d'intervention des partenaires institutionnels des domaines sanitaires et médico-sociaux (conseils généraux et communautés de communes). Les territoires de santé de la région Nord-Pas-de-Calais sont aussi placés sous le signe de la continuité avec les découpages précédents. Ils s'appuient sur le regroupement de zones de proximité à partir de critères d'aménagement du territoire, d'équilibre des populations et de recours aux soins techniques hospitaliers. Les zones de proximité ont été redéfinies en prenant en compte les limites des arrondissements (maillage principal de l'intervention de l'Etat), des circonscriptions d'action des conseils généraux et des intercommunalités avec les Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), regroupements de communes ayant choisi de développer un certain nombre de compétences en commun (comme les transports en commun, l'aménagement du territoire, notamment).

Les EPCI sont également à la base du découpage choisi par la Picardie qui a opté de même pour une démarche ascendante, prenant en compte les spécificités et comportements de la population avec une recherche de cohérence importante avec d'autres découpages sanitaires, sociaux et politiques. La démarche picarde s'est appuyée sur un diagnostic des territoires en matière d'attractivité, d'offre de soins, d'état de santé, de prévention, de dépenses et de consommations de soins, de population et conditions de vie et d'évolution démographique. La démarche est un peu similaire en Haute-Normandie, qui s'est également appuyée sur les territoires de projets des EPCI, tout en assurant une continuité avec les actions antérieures. Des territoires de premier recours ont d'abord été définis, puis des territoires de proximité et enfin les territoires de santé. L'organisation retenue est centrée sur les pôles urbains et sur la gradation de l'offre sanitaire existante et fortement structurante dans la région. Enfin, la région Rhône-Alpes réduit son nombre de territoires, passant de 13 à 5 territoires de

santé, agrégations des bassins hospitaliers découpés dans les Sros précédents.

\* \* \*

Depuis 2003, la place et la conception de l'espace dans la planification sanitaire ont beaucoup évolué. Les méthodes et les concepts utilisés se sont perfectionnés, ce que l'on constate en comparant le nombre et la taille des territoires de santé qui n'ont cessé de fluctuer au cours des années 2000. Ces découpages de territoire, et leur évolution, illustrent à un moment donné la réflexion menée depuis de nombreuses années sur la territorialisation de la santé. Une certitude, le territoire est désormais au cœur des réflexions autour de l'organisation du système de soins.

Jusqu'à présent et malgré les incitations et consignes nationales, la planification sanitaire était restée essentiellement centrée sur l'hôpital. L'un des enjeux majeurs de la loi HPST de 2009 est de définir des territoires de santé pour des activités à la fois de santé publique, de soins hospitaliers, de prise en charge et d'accompagnement médico-social, ainsi que d'accès aux soins de premiers recours. C'est la raison pour laquelle de nombreuses ARS ont redéfini leurs territoires de santé en utilisant le découpage départemental ou les regroupements d'EPCI afin de pouvoir mieux trai-

ter l'aspect transversal de la prise en charge des personnes. On voit aussi se développer des territoires de nature diverse : des territoires de projet dont la logique est différente du territoire de santé car il ne s'agit pas d'un maillage systématique du territoire par le haut mais d'une démarche ascendante appuyée sur l'initiative d'acteurs locaux, des territoires d'animation, ou bien encore de contractualisation avec les contrats locaux de santé qui permettent de mieux articuler le Projet régional de santé et les démarches locales de santé existantes.

Dans un contexte de besoins croissants de soins de proximité et de soins hospitaliers gradués, mais aussi de coordination entre les soins de proximité et les soins plus spécialisés – liés notamment à l'augmentation de la proportion de personnes âgées et de patients polyopathologiques chroniques –, le territoire apparaît comme un outil essentiel permettant de structurer une prise en charge globale de la population entre les différents acteurs du champ sanitaire, social et médico-social, visant à placer l'individu, l'usager des soins, au centre de la prise en charge. Cependant, cette étude montre bien que le territoire seul ne peut rien. Pour gagner en épaisseur, il doit être accompagné d'obligations légales et de leviers financiers, comme par exemple des financements intégrés. ♦

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Amat-Roze J-M. (2011). « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », La Découverte / Hérodote 2011/4 – n°143, pages 13- 32.
- Basset B., Lopez A. (1997). *Planification sanitaire, méthodes et enjeux*, Ed. ENSP.
- Coldefy M., Lucas-Gabrielli V. (2010). « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », *Pratiques et organisation des soins*, vol. 41, n° 1, p. 73-80.
- Direction générale de l'offre de soins (2011). Guide méthodologique pour l'élaboration du Sros-PRS.
- Lucas V., Tonnellier F. (1996). « La réforme du système de santé en France : entre pouvoir central et pouvoirs locaux » in « Approches géographiques de la planification sanitaire. Concepts et méthodes », (E. Vigneron et al.), *Cahiers GEOS*, n° 32, Montpellier, Université Paul Valéry, pp. 5-17.
- Nogues M., Azema B. (1996). « Le concept de la planification », dans « Approches géographiques de la planification sanitaire. Concepts et méthodes », (E. Vigneron et al.), *Cahiers GEOS*, n° 32, Montpellier, Université Paul Valéry, pp. 18-30.
- Jourdain A., De Turenne I. (1997). *Mots-clés de planification sanitaire*, éditions ENSP.
- Portail des agences régionales de santé : [www.ars.sante.fr](http://www.ars.sante.fr)
- Vigneron E., Brau F. (1996). « Approches géographiques de la planification sanitaire. Concepts et méthodes », (E. Vigneron et al.), *Cahiers GEOS*, n° 32, Montpellier, Université Paul Valéry, pp. 1-4.

**IRDES** INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •  
10, rue Vauvenargues 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr) • Email : [publications@irdes.fr](mailto:publications@irdes.fr)

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique : Anne Evans •  
Secrétaire de rédaction : Anna Marek • Relecteurs : Anissa Afrite, Michel Naiditch • Correctrice : Martine Broïdo •  
Maquettiste : Franck-Séverin Clérembault • Imprimeur : DÉJA-LINK (Stains, 93) • Dépôt légal : avril 2012 •  
Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • Abonnement annuel : 60 € • Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769.